

## APÊNDICE – QUESTIONÁRIO

Questionário nº \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. **Série que estuda:** \_\_\_\_\_

2. **Data do nascimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3. **Sexo:** 1-( ) masculino 2-( ) feminino

4. **Qual é a sua cor ou raça?**

1-( ) negra 2-( ) branca 3-( ) amarela 4-( ) parda 5-( ) indígena

5. **Renda Familiar (Salários Mínimos – S.M.):**

1-( ) Até 01 S.M. 2-( ) 01 a 02 S.M. 3-( ) 03 a 04 S.M. 4-( ) Acima de 05 S.M.

6. **Você já experimentou fumar ou dar tragada alguma vez em sua vida?**

1-( ) Sim 2-( ) Não (SE RESPONDEU NÃO, passe para a pergunta 8).

7. **Você fumou 1 ou mais cigarros por dia, nesses últimos trinta dias?** 1-( )

Sim; 2-( ) Não

8. **Você já experimentou bebida alcoólica alguma vez em sua vida?**

1-( ) Sim 2-( ) Não (SE RESPONDEU NÃO, passe para a pergunta 10)

9. **Com que frequência você usa bebida alcoólica atualmente? Marque apenas uma das opções abaixo:**

1-( ) Não uso 2-( ) Uso menos que 1 vez p/mês. 3-( ) Uso de 1 a 3 vezes p/mês.

4-( ) Uso todo final de semana. 5-( ) Uso mais que todo final de semana.

10. **Você pratica algum tipo de atividade física? Considere também as atividades físicas realizadas na escola**

1-( ) Nenhuma 2-( ) Até 2 vezes por semana 3-( ) 3 vezes ou mais por semana

11. **Qual é sua altura?** \_\_\_\_\_

12. **Quanto você pesa atualmente?** \_\_\_\_\_

13. **Você costuma emagrecer e engordar em um curto período de tempo (menos de 6 meses)?** 1-( ) Sim 2-( ) Não

14. **Nos últimos seis meses, você muitas vezes comeu, num curto espaço de tempo (duas horas ou menos), quantidades de comida que a maioria das pessoas consideraria grande demais?** 1-( ) Sim 2-( ) Não (SE RESPONDEU NÃO, pule para a questão 20).

15. **Nas ocasiões em que você comeu deste modo, geralmente sentia que não conseguia parar de comer ou controlar o que ou o quanto comia?**

1-( ) Sim 2-( ) Não (SE RESPONDEU NÃO, pule para a questão 20).

16. **Nos últimos seis meses, com que frequência, em média, você comeu deste modo, isto é, grandes quantidades de comida junto com a sensação**

**de comer descontroladamente (Pode ter havido semanas em que isto não aconteceu. Procure estabelecer uma média)?**

1-( ) Menos que um dia por semana    2-( ) Um dia por semana    3-( ) Dois ou três dias por semana    4-( ) Quatro ou cinco dias por semana    5-( ) Quase todos os dias

**17. Nessas ocasiões você habitualmente tinha alguma das seguintes experiências?**

- a. Comer muito mais rápido do que o usual? 1-( ) Sim; 2-( ) Não
- b. Comer até se sentir mal de tão cheio? 1-( ) Sim; 2-( ) Não
- c. Comer grandes quantidades de comida quando não fisicamente com fome? 1-( ) Sim; 2-( ) Não
- d. Comer sozinho porque se sentia envergonhado pela quantidade que comia? 1-( ) Sim; 2-( ) Não
- e. Sentir-se aborrecido com você mesmo, muito culpado ou deprimido, após o episódio de excesso alimentar? 1-( ) Sim; 2-( ) Não

**18. Pense numa ocasião (situação) típica em que você comeu deste modo, isto é, grandes quantidades de comida mais a sensação de comer descontroladamente e responda as questões abaixo:**

**18.1** A que horas do dia o episódio começou? 1-( ) Na parte da manhã (8 às 12)    2-( ) No começo da tarde (12 às 16)    3-( ) No fim da tarde (16 às 19)    4-( ) No começo da noite (19 às 22)    5-( ) Tarde da noite (após 22)

**18.2** Aproximadamente, quanto tempo durou o episódio alimentar, desde a hora em que você começou a comer até a hora em que parou e não comeu de novo durante duas horas no mínimo? \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

**18.3** Quando este episódio começou, quanto tempo fazia desde o fim de sua última refeição ou lanche? \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

**19. Quantos anos você tinha quando apresentou pela primeira vez momentos em que comia grandes quantidades de comida junto com a sensação de não conseguir controlar o que ou quanto comia? Se não tiver certeza, procure estimar o mais precisamente possível: \_\_\_\_\_ anos**

**20. De modo geral, nos últimos seis meses, quanto você se aborreceu por causa dos seus excessos alimentares (comer mais do que considera o melhor para você)?**

1-( ) Nem um pouco    2-( ) Levemente    3-( ) Moderadamente    4-( ) Muito    5-( ) Extremamente

**21. De modo geral, nos últimos seis meses, quanto você se aborreceu por causa da sensação de que você não conseguia parar de comer ou controlar o quê/quanto comia?**

1-( ) Nem um pouco    2-( ) Levemente    3-( ) Moderadamente    4-( ) Muito    5-( ) Extremamente

**22. Nos últimos seis meses, quanto que o seu peso e a forma de seu corpo influenciaram o modo como você se sente e se avalia como pessoa?**

- 1- ( ) O peso e a forma não tiveram muita influência.  
2- ( ) O peso e a forma tiveram alguma influência no modo como você se sente e se avalia como pessoa.  
3- ( ) O peso e a forma foram alguns dos principais fatores que influenciaram o modo como você se sente em relação a você mesmo.  
4- ( ) O peso e a forma foram os fatores que mais influenciaram o modo como você se sente em relação a você mesmo.

**23. Nos últimos três meses, você alguma vez provocou vômito para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida de modo descontrolado?**

1-( ) Sim; 2-( ) Não

**SE RESPONDEU SIM:** Com que frequência, em média, isto ocorreu? 1-( ) Menos que uma vez por semana 2-( ) Uma vez por semana 3-( ) Duas ou três vezes por semana 4-( ) Quatro ou cinco vezes por semana 5-( ) Mais que cinco vezes por semana

**24. Nos últimos três meses, você alguma vez tomou mais que o dobro da dose recomendada de laxantes para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida de modo descontrolado?** 1-( )

Sim; 2-( ) Não

**SE RESPONDEU SIM:** Com que frequência, em média, isto ocorreu? 1-( ) Menos que uma vez por semana 2-( ) Uma vez por semana 3-( ) Duas ou três vezes por semana 4-( ) Quatro ou cinco vezes por semana 5-( ) Mais que cinco vezes por semana

**25. Nos últimos três meses, você alguma vez tomou mais que o dobro da dose recomendada de diuréticos para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida de modo descontrolado?** 1-( )

Sim; 2-( ) Não

**SE RESPONDEU SIM:** Com que frequência, em média, isto ocorreu? 1-( ) Menos que uma vez por semana 2-( ) Uma vez por semana 3-( ) Duas ou três vezes por semana 4-( ) Quatro ou cinco vezes por semana 5-( ) Mais que cinco vezes por semana

**26. Nos últimos três meses, você alguma vez jejuou (não comeu nada durante pelo menos 24 horas) para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida, de modo descontrolado?** 1-( )

Sim; 2-( ) Não

**SE RESPONDEU SIM:** Com que frequência, em média, isto ocorreu? 1-( ) Menos que um dia por semana 2-( ) Um dia por semana 3-( ) Dois ou três dias por semana 4-( ) Quatro ou cinco dias por semana 5-( ) Quase todos os dias

**27. Nos últimos três meses, você alguma vez se exercitou por mais de uma hora especificamente para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida, de modo descontrolado?** 1-( ) Sim;

2-( ) Não

**SE RESPONDEU SIM:** Com que frequência, em média, isto ocorreu? 1-( )  
Menos que uma vez por semana 2-( ) Uma vez por semana 3-( ) Duas  
ou três vezes por semana 4-( ) Quatro ou cinco vezes por semana 5-(  
) Mais que cinco vezes por semana

**28. Nos últimos três meses, você alguma vez tomou mais que o dobro da dose recomendada de pílulas de emagrecimento para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida, de modo descontrolado?** 1-( ) Sim; 2-( ) Não

**SE RESPONDEU SIM:** Com que frequência, em média, isto ocorreu? 1-( )  
Menos que uma vez por semana 2-( ) Uma vez por semana 3-( ) Duas  
ou três vezes por semana 4-( ) Quatro ou cinco vezes por semana 5-(  
) Mais que cinco vezes por semana

**29. Nos últimos seis meses, você procurou ajuda de algum especialista (médico ou nutricionista) ou participou de reuniões de algum programa de controle de peso (por exemplo: Vigilantes do Peso) ou de algum grupo de auto-ajuda (por exemplo: os Comedores Compulsivos Anônimos)?** 1-( )  
Sim; 2-( ) Não

Fonte: adaptado de Pivetta (2009).

**ANEXO – REGRAS PARA O ESTABELECIMENTO DO DIAGNÓSTICO DE  
“BINGE EATING DISORDER” BED OU TCAP UTILIZANDO O  
QUESTIONÁRIO SOBRE PADRÕES DE ALIMENTAÇÃO E PESO – R  
(para uso exclusivo dos examinadores)**

**Diagnósticos de BED:**

QUESTÃO Nº

RESPOSTAS 14 e 15	1 (Episódios de excesso alimentar associado à sensação de perda de controle: compulsão alimentar)
16	3, 4 ou 5 (Pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses)
17 letras a até e	3 ou mais itens assinalados “SIM” (pelo menos 3 sintomas associados)
20 ou 21	4 ou 5 (Angústia evidente relativa ao comportamento de compulsão alimentar)

\*O diagnóstico de BED requer todos os itens assinalados acima e também ausência de bulimia nervosa, definida abaixo.

**Diagnóstico de bulimia nervosa purgativa:**

QUESTÃO Nº

RESPOSTAS 14 e 15	1 (Episódios de excesso alimentar associado à sensação de perda de controle – bingeeating)
16	3, 4 ou 5 (Pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses)
22	3 ou 4 (Exagerada importância à forma e peso corporal)
23, 24 ou 25	Qualquer resposta 3, 4 ou 5 (Purgação pelo menos duas vezes por semana nos últimos três meses)

**Diagnóstico de bulimia nervosa não purgativa:**

QUESTÃO Nº

RESPOSTAS 14, 15, 16, 22	Mesmo que para bulimia nervosa purgativa
23,24 ou 25	Nenhuma resposta 3, 4 ou 5 (ausência de purgação compensatória frequente)
26, 27 ou 28	Qualquer resposta 3, 4 ou 5 (comportamento compensatório não purgativo pelo menos duas vezes por semana nos últimos três meses)

